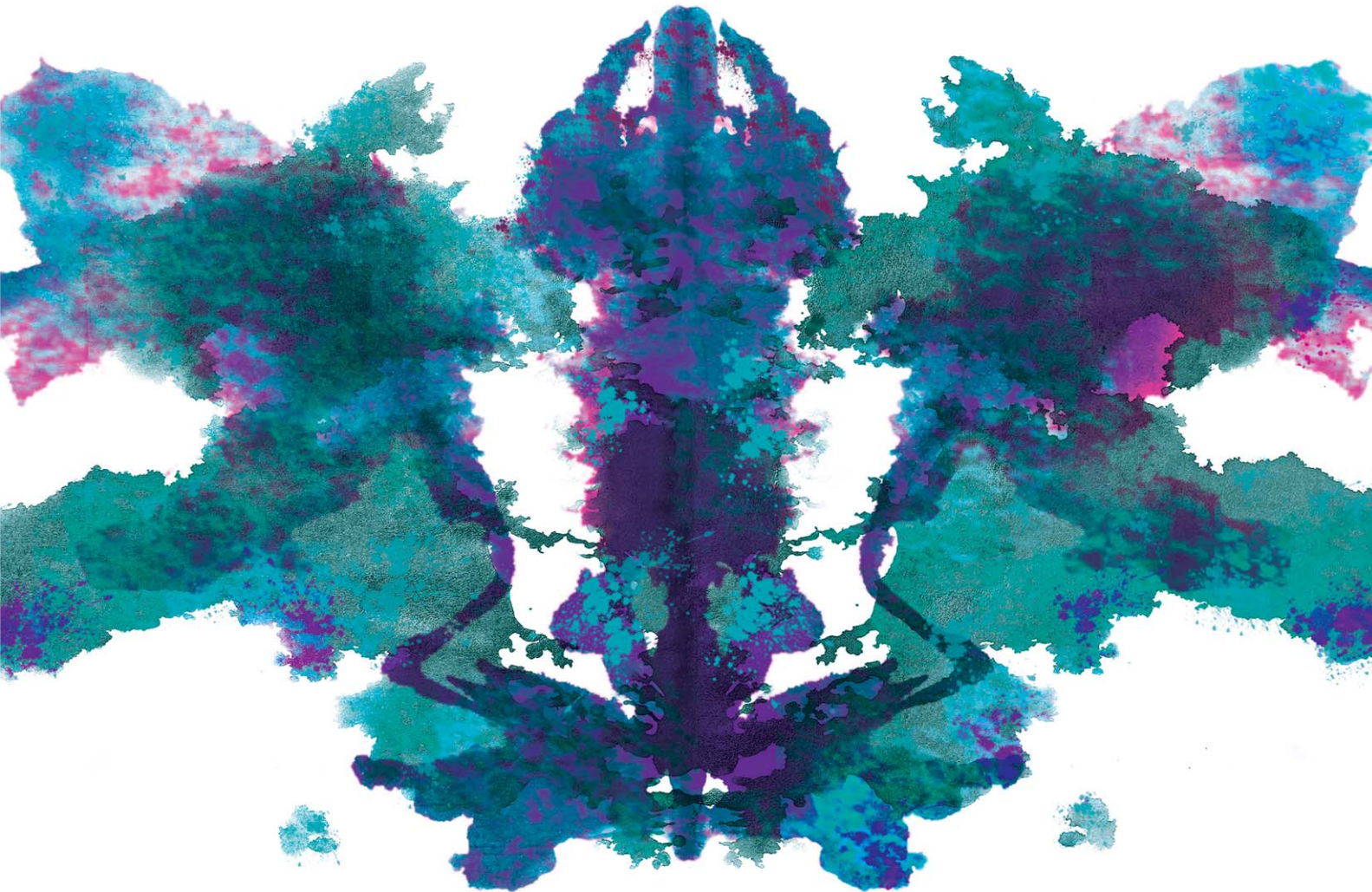


# BADANIE STANU PSYCHICZNEGO

Rozpoznania według ICD-11



Redakcja  
Piotr Gałecki

# **Badanie stanu psychicznego**

## **Rozpoznanie według ICD-11**

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna część tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych oraz odmienne nieraz opinie na temat leczenia i diagnozowania, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje, zwłaszcza dotyczące podawania leków nowych lub rzadko stosowanych. Radzimy zapoznać się również z informacjami producenta leku. W przypadku jakiegokolwiek wątpliwości należy niezwłocznie zasięgnąć porady lekarskiej. Wydawnictwo nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne błędne decyzje podejmowane przez Czytelników, które mogłyby wynikać z udzielanych w książce rad i wskazówek.

© Copyright by Edra Urban & Partner, Wrocław 2022.

#### Redakcja

prof. dr hab. n. med. Piotr Gałęcki

#### Autorzy

dr n. med. Katarzyna Bliźniewska-Kowalska

lek. Marta Broniarczyk-Czarniak

mgr Robert Chmielecki

dr n. med. Maria Filip

dr n. o zdr. Małgorzata Gałęcka

prof. dr hab. n. med. Piotr Gałęcki

lek. Justyna Jasionowska

lek. Maria Kozłowiec

dr n. med. Maciej Kuśmierk

dr n. med. Aleksandra Lewandowska

mgr Maryna Łabęcka

mgr Paulina Maruszewska

dr n. med. Joanna Mossakowska-Wójcik

lek. Magdalena Nowańska

dr n. med. Agata Orzechowska

lek. Tomasz Rudecki

lek. Katarzyna Sitkowska

mgr Aleksandra Skiba

lek. Justyna Sobolewska-Nowak

lek. Katarzyna Wachowska

dr n. med. Marlena Zajączkowska

#### Recenzenci

prof. dr hab. n. med. Napoleon Waszkiewicz

prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti

Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska

Redaktor prowadzący: Dorota Lis-Olszewska

Redaktor tekstu: Justyna Sadurska

Projekt okładki: Beata Poźniak

Opracowanie skorowidza: Justyna Szamrowicz

ISBN 978-83-66960-56-5

Edra Urban & Partner

ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław

tel. +48 71 726 38 35

www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Andrzej Kuriata

# Spis treści

Przedmowa ix

Wstęp x

Schemat badania psychiatrycznego xi

## Rozdział 1 Psychopatologia 1

Piotr Galecki

Przypadek kliniczny 4

Przypadek kliniczny 12

## Rozdział 2 Zaburzenia neurorozwojowe (blok L1-6A0) 41

Aleksandra Lewandowska

Przypadek 2.1: „Dlaczego tak mi trudno?”. 6A00 Zaburzenie rozwoju intelektualnego 41

Przypadek 2.2: *Najlepsze w grze w piłkę jest oglądanie meczu.* 6A02 Zaburzenie ze spektrum autyzmu 45

Przypadek 2.3: *Wierchołek góry lodowej.* 6A03 Rozwojowe zaburzenie uczenia się 51

Przypadek 2.4: *Americano Vulcano.* 6A05 Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi 58

## Rozdział 3 Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne (blok L1-6A2) 63

Marta Broniarczyk-Czarniak, Piotr Galecki, Maciej Kuśmierek, Maryna Łabęcka, Tomasz Rudecki

Przypadek 3.1: „Ja jestem Enceladus – różnię się sposobem rozmnażania!” 6A20.20 Schizofrenia, ciągła, aktualnie objawowa 63

Przypadek 3.2: *Opanowana przez obcego.* 6A20.20 Schizofrenia, ciągła, aktualnie objawowa 67

Przypadek 3.3: *Jak poskładać swoje myśli.* 6A20.20 Schizofrenia, ciągła, aktualnie objawowa 69

Przypadek 3.4: „Okradają mnie, głodzą na NFZ! Matka głodzi, szpital głodzi, za moje podatki jedzą!” 6A21 Zaburzenie schizoafektywne 72

Przypadek 3.5: „Ja też nie mam klucza”. 6A22 Zaburzenie schizotypowe 76

Przypadek 3.6: *Bóg wiatru.* 6A23 Ostre i przemijające zaburzenie psychotyczne 77

Przypadek 3.7: „Jestem przekonany, że prowadzą na mnie czynności operacyjne!” 6A24 Zaburzenie urojeniowe 81

Przypadek 3.8: „Nie pozbawicie mnie mieszkania” 6A24 Zaburzenie urojeniowe 83

Przypadek 3.9: „Wyczerpały mi się baterie”. 6A20.10 Schizofrenia, wiele epizodów, obecnie objawowe. 6A25.1. Objawy negatywne w pierwotnych zaburzeniach psychotycznych 86

## Rozdział 4 Katatonie (blok L1-6A4) 89

Marlena Zajączkowska

Przypadek 4.1: *Oderwany od komputera.* 6A40 Katatonie związana z innym zaburzeniem psychicznym 89

Przypadek 4.2: *Zaczarowane kłamki.* 6A41 Katatonie wywołana przez substancje lub leki 92

## Rozdział 5 Zaburzenia nastroju (blok L1-6A6) 95

Maria Kozłowiec, Paulina Maruszewska, Tomasz Rudecki, Justyna Sobolewska-Nowak

Przypadek 5.1: *Szpieg, muzyk, filozof.* 6A60 Zaburzenie dwubiegunowe typu I 95

Przypadek 5.2: *Zła żona?* 6A61 Zaburzenie dwubiegunowe typu II **97**

Przypadek 5.3: *Dwie twarze.* 6A62 Zaburzenie cyklotymiczne **99**

Przypadek 5.4: *„Boję się każdego kolejnego dnia”.* 6A73 Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane **101**

Przypadek 5.5: *„Nie mam siły żyć”.* 6A71 Nawracające zaburzenie depresyjne **102**

Przypadek 5.6: *Między depresją a zdrowiem.* 6A72 Zaburzenie dystymiczne **104**

Przypadek 5.7: *„Wszyscy znają moje grzechy”.* 6A71.4 Nawracające zaburzenie depresyjne, bieżący epizod ciężki, z objawami psychotycznymi **106**

Przypadek 5.8: *Zerwany kontakt.* 6A60.7 Zaburzenie dwubiegunowe typu I, obecnie epizod ciężkiej depresji **108**

## Rozdział 6 Zaburzenia lękowe lub związane z lękiem (blok L1-6B0) **111**

Katarzyna Bliźniewska-Kowalska

Przypadek 6.1: *„Jestem zmęczona, ciągle obawiam się, że zdarzy się coś złego”.* 6B00 Zaburzenie lękowe uogólnione **111**

Przypadek 6.2: *„Mam dość! Nie mogę przestać się martwić!”.* 6B00 Zaburzenie lękowe uogólnione **114**

Przypadek 6.3: *„Miałam wrażenie, że umieram”.* 6B01 Zaburzenie lękowe z paniką **116**

Przypadek 6.4: *Czy to na pewno panika?* 5A02 Nadczynność tarczycy **117**

Przypadek 6.5: *„I wtedy nikt mi nie pomoże”.* 6B02 Agorafobia **118**

Przypadek 6.6: *Coś zrobić z tą tremą.* 6B04 Zaburzenie lęku społecznego **120**

Przypadek 6.7: *„Zawsze byłem wstydlivy”.* 6B04 Zaburzenie lęku społecznego **121**

## Rozdział 7 Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne lub pokrewne (blok L1-6B2) **123**

Agata Orzechowska, Justyna Jasionowska

Przypadek 7.1: *Do trzech razy sztuka.* 6B20 Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne **123**

Przypadek 7.2: *„Moja twarz jest zniekształcona”.* 6B21 Zaburzenie dysmorficzne ciała **126**

Przypadek 7.3: *Lekarze mogą się mylić.* 6B23 Hipochondria **128**

Przypadek 7.4: *Wszystko może się kiedyś przydać.* 6B24 Zaburzenie gromadzenia przedmiotów **130**

Przypadek 7.5: *„Tylko to mnie uspokaja”.* 6B25.0 Trichotillomania **132**

## Rozdział 8 Zaburzenia szczególnie związane ze stresem (blok L1-6B4) **135**

Katarzyna Sitkowska

Przypadek 8.1: *Uciec od wspomnień.* 6B40 Zaburzenie stresowe pourazowe **135**

Przypadek 8.2: *„Ja i moje życie z potworem”.* 6B41 Złożony zespół stresu pourazowego **138**

Przypadek 8.3: *W poszukiwaniu nowego sensu życia.* 6B42 Zaburzenie związane z przedłużającą się żałobą **140**

Przypadek 8.4: *W obliczu pandemii.* 6B43 Zaburzenie przystosowania (adaptacyjne) **142**

## Rozdział 9 Zaburzenia dysocjacyjne (blok L1-6B6) **145**

Maria Filip

Przypadek 9.1: *„Nie mogę chodzić”.* 6B60 Dysocjacyjne zaburzenie objawów neurologicznych. 6B60.6 Dysocjacyjne zaburzenie objawów neurologicznych, z niedowładem lub osłabieniem **146**

Przypadek 9.2: *„Wiem, że nic nie wiem”.* 6B61 Amnezja dysocjacyjna **147**

## Rozdział 10 Zaburzenia odżywiania lub jedzenia (blok L1-6B8) **151**

Aleksandra Skiba

Przypadek 10.1: *Ani grama więcej.* 6B80.10 Anorexia nervosa z niebezpiecznie niską masą ciała, schemat restrykcyjny **151**

Przypadek 10.2: *Tyciofobia.* 6B80.11 Anoreksja z zaburzeniami łaknienia z niebezpiecznie niską masą ciała, schemat binge-purge **153**

Przypadek 10.3: *W krzywym zwierciadle.* 6B81 Bulimia nervosa **155**

Przypadek 10.4: *Nocny marek.* 6B82 Zaburzenie z napadami objadania się **156**



**Rozdział 11 Zaburzenia eliminacji (blok L1-6C0) 159**

Magdalena Nowańska

Przypadek 11.1: *Enureza – problem całej rodziny*. 6C00  
Enureza **159**Przypadek 11.2: *Gdy korzystanie z toalety budzi lęk*. 6C01  
Enkopreza **161****Rozdział 12 Zaburzenia związane z niepokojem cielesnym lub doznaniem cielesnymi (blok L1-6C2) 165**

Justyna Jasionowska, Agata Orzechowska

Przypadek 12.1: *„Nie wierzę, że jestem zdrowa”*. 6C20  
Zaburzenie związane z cierpieniem cielesnym **165****Rozdział 13 Zaburzenia spowodowane używaniem substancji lub zachowaniami uzależniającymi (bloki L1-6C4) 169**

Robert Chmielecki, Justyna Sobolewska-Nowak

Przypadek 13.1: *„Co mężczyźni z siekierami robią w moim mieszkaniu?”*. 6C40.2 Uzależnienie od alkoholu **170**Przypadek 13.2: *Spokój w pigułce*. 6C44.2 Uzależnienie od środków uspokajających, hipnotycznych lub anksjolitycznych **172**Przypadek 13.3: *„Jestem jak detektyw”*. 6C4E.6 Zaburzenie psychotyczne wywołane przez inną określoną substancję psychoaktywną **175****Rozdział 14 Zaburzenia spowodowane zachowaniami uzależniającymi (blok L2-6C5) 179**

Maryna Łabęcka

Przypadek 14.1: *Na wynos*. 6C50 Zaburzenie hazardowe – spełnione kryteria diagnostyczne – zarówno kryterium objawów, jak i czasowe **179****Rozdział 15 Zaburzenia kontroli impulsów (blok L1-6C7) 183**

Katarzyna Bliźniewska-Kowalska, Piotr Galecki

Przypadek 15.1: *Fascynuję się pożarnictwem*. 6C70 Piromania **183**Przypadek 15.2: *„To uczucie podniecenia”*. 6C71 Kleptomania **185****Rozdział 16 Zaburzenia opozycyjno-buntownicze (blok L1-6C9) 187**

Aleksandra Lewandowska

Przypadek 16.1: *„Głupie zasady mnie nie obowiązują”*. 6C90.0 Zaburzenie opozycyjno-defensywne z przewlekłą drażliwością–złością **187****Rozdział 17 Zaburzenia osobowości i cechy pokrewne (blok L1-6D1) 193**

Małgorzata Galecka, Aleksandra Skiba

Przypadek 17.1: *Żyletka*. 6D11.5 Wzorzec osobowości typu borderline **193**Przypadek 17.2: *Bidul*. 6D11.2 Dysocjalność w zaburzeniach osobowości lub trudnościach w funkcjonowaniu osobowości **195**Przypadek 17.3: *Pod linijkę*. 6D11.4 Anankastia w zaburzeniach osobowości lub trudnościach w funkcjonowaniu osobowości **197**Przypadek 17.4: *Z rezerwą*. 6D11.1 Oderwanie od rzeczywistości w zaburzeniach osobowości lub trudnościach w funkcjonowaniu osobowości **198**Przypadek 17.5: *„Nic mi nie wychodzi”*. 6D11.0 Negatywna afektywność w zaburzeniach osobowości lub trudnościach osobowościowych **199**Przypadek 17.6: *Hamulec*. 6D11.3 Rozhamowanie w zaburzeniach osobowości lub trudnościach w funkcjonowaniu osobowości **201****Rozdział 18 Zaburzenia parafilne (blok L1-6D3) 205**

Piotr Galecki

Przypadek 18.1: *Uwielbia reakcję, jak na niego patrzę*. 6D30 Zaburzenie ekshibicjonistyczne **205**Przypadek 18.2: *„Przyznaję się tylko do posiadania pornografii”*. 6D32 Zaburzenie pedofilskie **207**Przypadek 18.3: *„Nie zdaje sobie sprawy, więc jej nie krzywdzę”*. 6D34 Zaburzenie frotteurystyczne **208****Rozdział 19 Zaburzenia fikcyjne (blok L1-6D5) 211**

Piotr Galecki

Przypadek 19.1: *„Nie dyskutuję z lekarzem”*. 6D50 Zaburzenie fikcyjne skierowane na siebie **211**Przypadek 19.2: *„Wreszcie uzyskać pomoc”*. 6D51 Zaburzenie fikcyjne narzucone innej osobie **213****Rozdział 20 Zaburzenia neurokognitywne (blok L1-6D7) 217**

Piotr Galecki, Katarzyna Wachowska

Przypadek 20.1: *„Jak to gdzie jestem? W domu!”*. 6D70 Delirium **217**

- Przypadek 20.2: „Boję się tych robaków”. 6D70 Delirium 219  
 Przypadek 20.3: „Ja konfabuluję, nie zmyślam”.  
 6D72 Zaburzenie amnestyczne 220

## Rozdział 21 Demencja (blok L2-6D8) 223

Maria Filip

- Przypadek 21.1: „Gdzie są moje klucze?”. 6D80 Demencja spowodowana chorobą Alzheimera 224  
 Przypadek 21.2: „Czasami tracę pamięć”. 6D82 Ośpienie spowodowane chorobą ciał Lewy'ego 225  
 Przypadek 21.3: „Nie pamiętam, jak się mówi”. 6D83 Ośpienie czołowo-skroniowe (*frontotemporal dementia*) 227

## Rozdział 22 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z ciążą, porodem i połogiem (bloki L1-6E2) 229

Paulina Maruszewska, Joanna Mossakowska-Wójcik

- Przypadek 22.1: „Jestem zwyrodniała, bo nie umiem kochać swojego dziecka”. 6E20 Zaburzenie psychiczne i zaburzenie zachowania związane z ciążą, porodem i połogiem, bez objawów psychotycznych 229  
 Przypadek 22.2: „Mam dar uzdrawiania!”. 6E21 Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania związane z ciążą, porodem lub połogiem z objawami psychotycznymi 231

## Rozdział 23 Stany związane ze zdrowiem seksualnym 235

Piotr Gałeccki, Aleksandra Lewandowska, Joanna Mossakowska-Wójcik, Marlena Zajączkowska

- Przypadek 23.1: „Przed ślubem wiedział, że jestem bardzo religijna”. HA01 Zaburzenie podniecenia seksualnego 236  
 Przypadek 23.2: „Czy nowotwór mojej przyjaciółki spowodował u mnie zaburzenia orgazmu?”. HA02 Zaburzenie orgazmu 238  
 Przypadek 23.3: *Za szybko do mety*. HA03 Zaburzenie wytrysku 240  
 Przypadek 23.4: „Strach i skurcz są silniejsze ode mnie”. HA20.0 Ból seksualny/zaburzenia penetracji, trwające całe życie, uogólnione 242  
 Przypadek 23.5: *Mężczyzna, który rozumie kobiety*. HA60 Niekompatybilność płci w okresie dojrzewania lub dorosłości 243  
 Przypadek 23.6: „Jestem Wiktor, nie Wiktoria!”. HA61 Niekompatybilność płci w dzieciństwie 245

## Rozdział 24 Testy stosowane w psychiatrii 249

Justyna Sobolewska-Nowak, Katarzyna Wachowska

Literatura 263

Skorowidz 269

# Schemat badania psychiatrycznego

## Szczegółowy plan badania psychiatrycznego

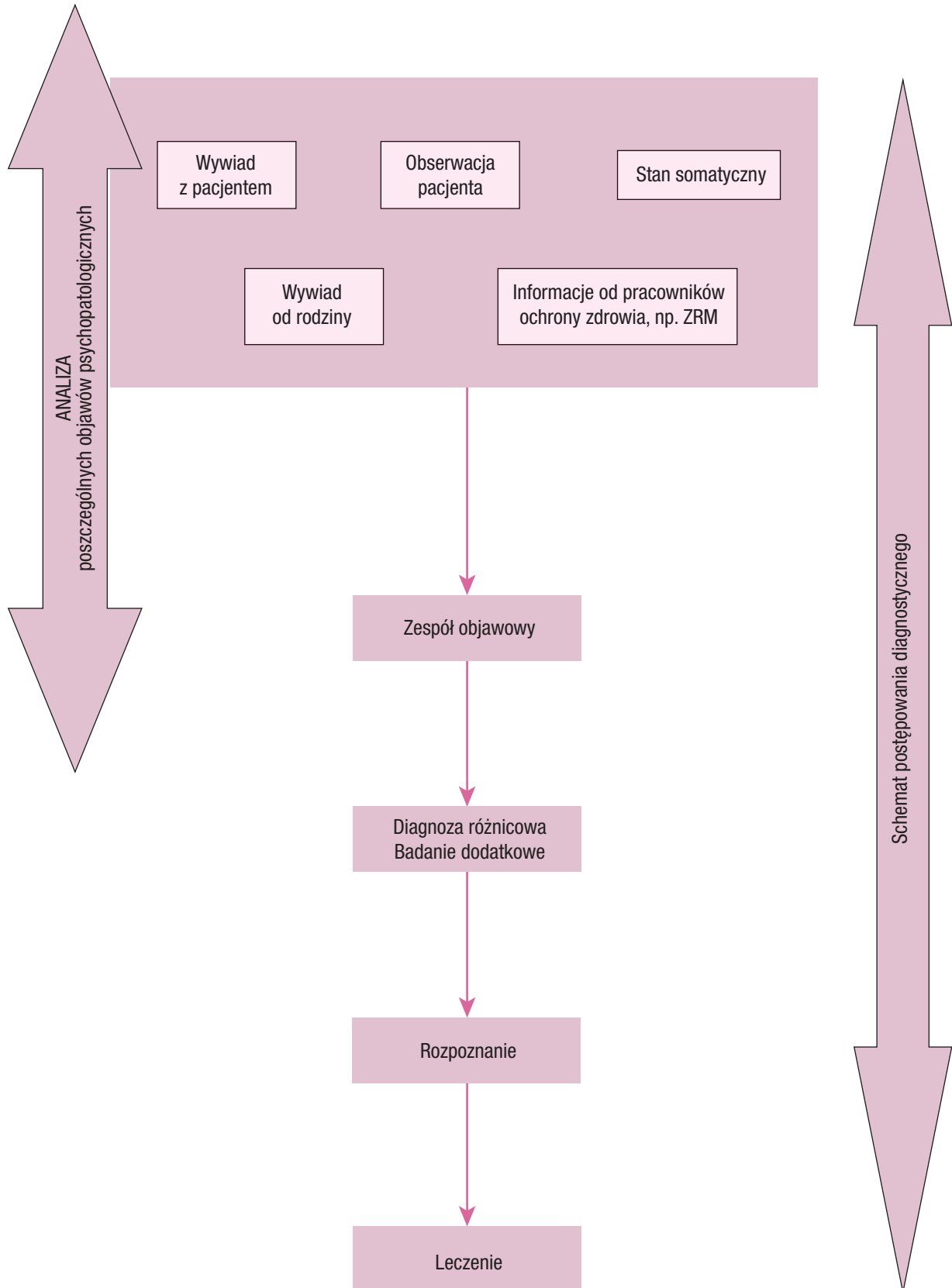
- I. Dane personalne (imię, nazwisko, wiek metrykalny, wiek z wyglądu, zawód, stan cywilny).
  - II. Dane ogólne z obserwacji chorego (wygląd zewnętrzny, zachowanie, stan higieny).
  - III. Stan somatyczny:
    - a. internistyczny,
    - b. neurologiczny.
  - IV. Ocena świadomości i orientacji chorego (czas, miejsce, otoczenie, własna osoba):
    - a. jakościowa,
    - b. ilościowa.
- Ocena świadomości warunkuje dalszą ocenę stanu psychicznego!**
- V. Życiorys chorego (data i miejsce urodzenia, środowisko rodzinne, stan zdrowia rodziców – ewentualnie przyczyna ich śmierci, rodzeństwo – ewentualna ich współchorobowość, wykształcenie – trudności wychowawcze lub w nauce, stosunek do służby wojskowej (patrz wiek), praca zawodowa i jej przebieg, sytuacja rodzinna aktualna i ewentualnie przeszła).
  - VI. Wszystkie przebyte choroby w przeszłości.
  - VII. Obecna choroba (pierwsze objawy i czas ich występowania, dynamika procesu chorobowego, pobyty w szpitalu, historia opieki ambulatoryjnej, przyczyny obecnego skierowania do szpitala).
  - VIII. Zaburzenia pamięci:
    - a. ilościowe, dysmnezje – hipermnezja, amnezja, hipomnezja, ekmnezja,
    - b. jakościowe, paramnezje – allomnezje: iluzje, kryptomnezje, złudy utożsamiające, pseudomnezje: omamy pamięci, konfabulacje.
  - IX. Zaburzenia uczuć i emocji:
    - a. typ – nastrój, lęk, złość, dysforia,
    - b. dynamika – zubożenie, spłycenie, zahamowanie, zaleganie, lepkość, chwiejność, nietrzymanie,
    - c. wysycenie – syntymia, hipertymia, hipotymia, atymia, paratymia, katatymia.
  - X. Zaburzenia treści i toku myślenia:
    - a. treści – urojenia, natręctwa, myśli nadwartościowe, automatyzmy psychiczne,
    - b. formy: toku – spowolnienie, zahamowanie, przyspieszenie, otamowanie, natłok, rozwlekłość, werbigeracje, stereotypie, persewacje, iteracje, mutyzm, słowotok, myślenie zubożone, paralogiczne, nieskładne, niekomunikatywne, rozkojarzone, splątane.
  - XI. Zaburzenia spostrzegania:
    - a. zmienione – ejdetyzm, zniekształcenia,
    - b. błędnie rozpoznane – pareidolie, iluzje,
    - c. bez adekwatnego bodźca – omamy, omamy rzekome, parahalucynacje,
    - d. nierozpoznane – deficyty, agnozje.
  - XII. Zaburzenia motywacji:
    - a. aktywność ruchowa/napęd – mimowolność, natręctwa, bezwładność, parakinezy, deficyty, apraksje,



- b. aktywność impulsywna – motywacja: uczuciowa, popędowa, nawykowa, niejasna,
  - c. aktywność złożona – zainteresowania, natężenia, stereotypie, manieryzmy, kontakt słowno-logiczny, niedostosowanie (emocjonalne, zachowania, myślenia),
  - d. zachowania intencjonalne – paranoiczność, sensorywność, ekspansywność, ekscentryzm, zdystansowanie, kruchość uczuciowa, histrioniczność, dysocjalność, egocentryzm/narcyzm/renomizm, makiawelizm, anankastywność, zależność, lęklivość.
- XIII. Wnioski i podsumowanie oceny stanu psychicznego.

### Rozpoznanie wstępne

Badanie psychiatryczne oraz dalszy wywiad z pacjentem powinny zostać sprecyzowane na podstawie pierwszych podstawowych danych uzyskanych z wywiadu. Działania należy podejmować stosownie do dotychczas zebranych informacji, dlatego warto odrzucić sztywne schematy. Badający formułuje kolejne pytania na bieżąco, podczas badania, na podstawie już posiadanych informacji. Równie ważne jest, aby w miarę możliwości podążać za wypowiedzią pacjenta – podczas rozmowy często powraca on do, z jego perspektywy, istotnych, trudnych zagadnień. Oczywiście, gdy lekarza ogranicza czas – izba przyjęć, rozmowa w trakcie dyżuru – może się to okazać niemożliwe. Na przykład jeśli w diagnozie różnicowej badamy kwestię zaburzeń poznawczych, musimy zapytać o objawy procesu otępiennego o każdej etiologii.



# Badania dodatkowe

Zalecane badania dodatkowe w kategoriach diagnostycznych zgodnie z ICD-11.

Grupa zaburzeń	Wskazana diagnostyka poza badaniem psychiatrycznym
<b>Zaburzenia neurorozwojowe (blok L1-6A0)</b>	badanie psychologiczne, konsultacja logopedyczna, badanie neurologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt), badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, mocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych, hormonów płciowych) badanie ogólne moczu badanie EEG
<b>Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne (blok L1-6A2)</b>	badanie psychologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt) badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, mocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych) badanie ogólne moczu badanie EEG
<b>Katatonia (blok L1-6A4)</b>	badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt) badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, mocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych) badanie ogólne moczu badanie EEG
<b>Zaburzenia nastroju (blok L1-6A6)</b>	badanie psychologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt) badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, mocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych, testosteronu u mężczyzn) badanie ogólne moczu badanie EEG
<b>Zaburzenia lękowe lub związane z lękiem (blok L1-6B0)</b>	badanie psychologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt) badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, mocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych) badanie ogólne moczu badanie EEG diagnostyka wykluczająca choroby somatyczne, mogące być przyczyną dolegliwości somatycznych

Grupa zaburzeń	Wskazana diagnostyka poza badaniem psychiatrycznym – <i>cd.</i>
<b>Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne lub pokrewne (blok L1-6B2)</b>	badanie psychologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt) badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, mocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych) badanie ogólne moczu badanie EEG diagnostyka wykluczająca choroby somatyczne, mogące być przyczyną dolegliwości somatycznych
<b>Zaburzenia szczególnie związane ze stresem (blok L1-6B4)</b>	badanie psychologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt) badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, mocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych) badanie ogólne moczu badanie EEG diagnostyka wykluczająca choroby somatyczne, mogące być przyczyną dolegliwości somatycznych
<b>Zaburzenia dysocjacyjne (blok L1-6B6)</b>	badanie psychologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt) badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, mocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych) badanie ogólne moczu badanie EEG diagnostyka wykluczająca choroby somatyczne, mogące być przyczyną dolegliwości somatycznych
<b>Zaburzenia odżywiania lub jedzenia (blok L1-6B8)</b>	badanie psychologiczne badanie internistyczne (gastroskopia) badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt) badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, mocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych, hormonów płciowych) badanie ogólne moczu badanie serologiczne (testy kilowe, przeciwciała przeciwjadrowe, diagnostyka HIV – za zgodą pacjenta) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (obecność białka 14-3-3, w wybranych przypadkach) badanie EEG

Grupa zaburzeń	Wskazana diagnostyka poza badaniem psychiatrycznym – <i>cd.</i>
<b>Zaburzenia eliminacji</b> (blok L1-6C0)	badanie psychologiczne badanie internistyczne (gastroskopia) badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt) badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, mocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych, hormonów płciowych) badanie ogólne moczu badanie serologiczne (testy kiłowe, przeciwciała przeciwjądrowe, diagnostyka HIV – za zgodą pacjenta) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (obecność białka 14-3-3, w wybranych przypadkach) badanie EEG
<b>Zaburzenia związane z niepokojem cielesnym lub doznaniem cielesnymi</b> (blok L1-6C2)	badanie psychologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny)
<b>Zaburzenia spowodowane użyciem substancji lub zachowaniami uzależniającymi</b> (blok L1-6C4)	badanie psychologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt) badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, mocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych) badanie ogólne moczu badanie serologiczne (testy kiłowe, HCV, diagnostyka HIV – za zgodą pacjenta)
<b>Zaburzenia spowodowane zachowaniami uzależniającymi</b> (blok L2-6C5)	badanie psychologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny)
<b>Zaburzenia kontroli impulsów</b> (blok L1-6C7)	badanie psychologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny)
<b>Zaburzenia zachowania lub zaburzenia dysocjalne</b> (blok L1-6C9)	badanie psychologiczne konsultacja logopedyczna badanie neurologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt) badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, ocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych, hormonów płciowych) badanie ogólne moczu badanie EEG
<b>Zaburzenia osobowości i cechy pokrewne</b> (blok L1-6D1)	badanie psychologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny)
<b>Zaburzenia parafilne</b> (blok L1-6D3)	badanie seksuologiczne badanie psychologiczne
<b>Zaburzenia fikcyjne</b> (blok L1-6D5)	badanie psychologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny)



Grupa zaburzeń	Wskazana diagnostyka poza badaniem psychiatrycznym – <i>cd.</i>
<b>Zaburzenia neurokognitywne (blok L1-6D7)</b>	badania neuropsychologiczne badanie neurologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt) badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, mocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych) badanie ogólne moczu badanie serologiczne (testy kiłowe, przeciwciała przeciwjadrowe, diagnostyka HIV – za zgodą pacjenta) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (obecność białka 14-3-3, w wybranych przypadkach) badanie EEG
<b>Demencja (blok L2-6D8)</b>	badania neuropsychologiczne, badanie neurologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt) badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, mocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych) badanie ogólne moczu badanie serologiczne (testy kiłowe, przeciwciała przeciwjadrowe, diagnostyka HIV – za zgodą pacjenta) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (obecność białka 14-3-3, w wybranych przypadkach) badanie EEG
<b>Stany związane ze zdrowiem seksualnym</b>	badanie seksuologiczne badanie psychologiczne
<b>Wtórne zespoły psychiczne lub behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej (blok L1-6E6)</b>	badania neuropsychologiczne, badanie neurologiczne badania obrazowe głowy (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) badanie hematologiczne (OB, morfologia krwi, płytki krwi, hematokryt) badanie biochemiczne (hormony tarczycy, poziom cholesterolu, lipidogram, kreatynina, mocznik, poziom witaminy B <sub>12</sub> , kwasu foliowego, żelaza, sodu, potasu, wapnia, chlorków i enzymów wątrobowych) badanie ogólne moczu badanie serologiczne (testy kiłowe, przeciwciała przeciwjadrowe, diagnostyka HIV – za zgodą pacjenta) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (obecność białka 14-3-3, w wybranych przypadkach) badanie EEG nie rekomenduje się standardowo oceny genów: <i>PSEN1</i> , <i>APP</i> , <i>ApoE4</i>

ICD-11 to nowa wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO).

Rozdział 6 ICD jest poświęcony zagadnieniom psychiatrycznym. W obszarze zainteresowania psychiatrów znajdują się także wybrane zagadnienia rozdziału 17.

W tym tomie przedstawiamy główne bloki oraz grupy rozpoznań znajdujące zastosowanie w praktyce psychiatrycznej.

# Psychopatologia

*Diagnoza jest matką terapii.*

*To właśnie w diagnozie zawiera się sztuka medycyny.*

**Piotr Gałęcki**

## Pamiętaj!

*Diagnoza jest matką terapii. Nie podejmuj terapii, jeśli nie wiesz, jakie zaburzenie chcesz leczyć.*

**Piotr Gałęcki i Agata Szulc**

## Co to jest psychopatologia?

Poszczególne funkcje psychiki stanowią nierozzerwalną całość, zupełnie jak czynności somatyczne organizmu. Ze względów praktycznych omawiamy kolejne czynności psychiczne oddzielnie, czyli w ten sam sposób, w który wyodrębnia się działanie poszczególnych narządów ciała.

**Psychopatologia to dział psychiatrii i psychologii klinicznej**, który zajmuje się opisywaniem, porządkowaniem, a następnie wyjaśnianiem nieprawidłowych lub chorobowych zjawisk dotyczących psychiki. Zjawiska te mają zwykle znaczenie kliniczne, a w powiązaniu z wynikami badań dodatkowych są pomocne w strategii terapeutycznej.

Do właściwego zrozumienia zaburzeń jest niezbędna znajomość czynności psychicznych człowieka zdrowego, co pozwala dokonać oceny, która z nich i w jaki sposób jest zaburzona. Funkcjonowaniem zdrowej psychiki zajmuje się **psychologia**. Z kolei **psychopatologia** jest nauką zajmującą się opisem i wyjaśnieniem objawów chorobowych występujących w zaburzeniach psychicznych. Sprawność czynności psychicznych zależy od biologicznego funkcjonowania ośrodkowego

układu nerwowego, od czynników psychologicznych i społecznych oddziałujących na jednostkę. Powyższe czynniki wpływają na siebie wzajemnie.

Granica między zjawiskiem psychopatologicznym a prawidłową reakcją psychiki jest płynna. Objaw patologiczny może oznaczać, że:

- jest źródłem lub formą cierpienia,
- zakłóca indywidualne funkcjonowanie lub jest źródłem cierpienia,
- wiąże się z nieprawidłowością zachowań lub utratą kontroli nad własnym zachowaniem,
- powoduje dyskomfort obserwatora,
- wiąże się z naruszeniem norm społecznych,
- zachowanie jest nieracjonalne lub dziwaczne,
- zachowanie jest rzadko spotykane lub dziwaczne.

## Pamiętaj!

Można prezentować objawy psychopatologiczne i być zdrowym psychicznie.

## Podział zaburzeń psychicznych, od podstawowych do najbardziej złożonych:

zaburzenia spostrzegania,  
zaburzenia pamięci,  
zaburzenia myślenia,  
zaburzenia intelektu,  
zaburzenia uczuciowości (emocji i nastroju),  
zaburzenia woli,  
zaburzenia aktywności ruchowej,  
zaburzenia świadomości.

1

Kiedy używamy terminu **objaw chorobowy**, odnosimy się do najmniej złożonego zaburzenia określonej funkcji psychicznej (np. urojenie jest zaburzeniem treści myślenia). Pojęciem nadrzędnym wobec objawu chorobowego jest **zespół chorobowy**. Jest on zbiorem objawów, które mogą występować w określonych związkach. Zespół może być obecny w jednostkach chorobowych lub w zaburzeniach psychicznych o odmiennej etiologii, np. zespół maniakalny, charakteryzujący się wzmożonym napędem psychoruchowym, przyspieszonym tokiem myślenia i podwyższonym nastrojem, może występować w przebiegu różnych jednostek chorobowych, ale jest szczególnie charakterystyczny dla zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Zespoły określa się według ich charakterystycznych cech, pochodzących z określeń symptomatologii ogólnej, np. zespół urojeniowo-depresyjny oznacza zespół objawów charakteryzujących się zaburzeniami myślenia, czyli urojeniami, którym towarzyszy obniżony nastrój, syntymiczne wysycenie emocjonalne i spowolnienie psychoruchowe. Trafne zaobserwowanie nie tylko pojedynczych objawów, lecz także zespołów znacznie ułatwia postawienie prawidłowego rozpoznania. Zespół chorobowy nie jest tożsamy z jednostką chorobową. Na przykład zespół depresyjny może występować w takich jednostkach chorobowych jak: zaburzenia depresyjne nawracające, choroba afektywna dwubiegunowa, organiczne zaburzenia nastroju czy zaburzenia adaptacyjne, co nie wyczerpuje jeszcze wszystkich możliwości. Zespół zaburzeń świadomości o typie majaczenia ma natomiast praktycznie nieograniczoną liczbę możliwych jednostek chorobowych, w których wystąpi.

### Pamiętaj!

Rozpoznanie zespołu chorobowego nie stanowi mety w stawianiu diagnozy. Zespół chorobowy to etap pośredni między psychopatologią ogólną a szczegółową.

W medycynie somatycznej jednostki chorobowe są najczęściej procesami o jednolitym obrazie klinicznym, patomorfologicznym oraz podłożu etiologicznym. W wielu zaburzeniach psychicznych dotychczas nie ustalono przyczyn i towarzyszących im zmian patomorfologicznych, ponieważ często są to zmiany czynnościowe. Z uwagi na ich spójny obraz psychopatologiczny, dynamikę i rokowanie opisuje się je jednak

jako jednostki chorobowe. Objawami poszczególnych zaburzeń psychicznych i zespołów zajmuje się **psychopatologia ogólna**. Natomiast opisem konkretnych jednostek chorobowych – **psychopatologia szczegółowa**.

W dalszej części rozdziału omówimy poszczególne rodzaje zaburzeń psychicznych z zakresu psychopatologii ogólnej.

### Pamiętaj!

**Psychopatologia ogólna** – opis objawów poszczególnych zaburzeń psychicznych i ich zespołów.

**Psychopatologia szczegółowa** – opis konkretnych jednostek chorobowych.

**Funkcjonowanie psychiczne człowieka opisujemy w trzech podstawowych wymiarach:** poznawczym (zdolność percepcji i rozumienia otaczającej rzeczywistości, np. spostrzeganie, pamięć i inne), emocjonalno-motywacyjnym (wyznaczające kierunek, dynamikę i cel działania) oraz wykonawczym (zdolność do niezależnych i intencjonalnych działań). Wymiary te nakładają się na siebie od bardziej podstawowych do złożonych. Zaburzenia spostrzegania lub pamięci mogą występować osobno, np. w halucynozie albo depresji, ale jednocześnie w zaburzeniach świadomości.

## Zaburzenia spostrzegania

Jednym z podstawowych elementów poznawania rzeczywistości jest spostrzeganie jej za pomocą zmysłów. W chorobach i zaburzeniach psychicznych zmysłowe doświadczenie otaczającego świata może być niekształcone lub może być bardzo zmieniona jego jakość.

W **spostrzeżeniach** mamy do czynienia z odbiorem złożonych grup bodźców działających na narządy zmysłów, np. konkretnych przedmiotów.

Spostrzeganie jest aktywnym procesem psychicznym polegającym na tworzeniu reprezentacji obiektów na podstawie napływających informacji (głównie) oraz danych zgromadzonych w pamięci. Obejmuje ono aktywne poszukiwanie potrzebnych informacji, wyodrębnianie istotnych cech obiektów, porównywanie ich ze sobą oraz stawianie hipotez, które są konfrontowane z danymi początkowymi. **Do powstania spostrzeżenia jest konieczny bodziec działający w danym momencie na narząd zmysłu.**

# Zaburzenia związane z niepokojem cielesnym lub doznaniem cielesnym (blok L1-6C2)

Justyna Jasionowska, Agata Orzechowska

# 12

## Zaburzenia związane z niepokojem cielesnym w ICD-11:

Zaburzenia związane z cierpieniem cielesnym lub cielesnym doświadczeniem charakteryzują się zaburzeniami w doświadczaniu swojego ciała przez daną osobę. Zaburzenie związane z cierpieniem cielesnym dotyczy objawów cielesnych, które jednostka uważa za niepokojące i na które zwraca nadmierną uwagę. Cierpienie związane z integralnością ciała wiąże się z zaburzeniami w doświadczaniu ciała przez jednostkę, objawiającymi się uporczywym pragnieniem posiadania określonej niepełnosprawności fizycznej, któremu towarzyszy uporczywy dyskomfort lub intensywne poczucie nie stosowności w odniesieniu do obecnej, pełnosprawnej konfiguracji ciała.

### Wykluczenia:

zaburzenie związane z dysocjacyjnymi objawami neurologicznymi (6B60)  
obawy dotyczące wyglądu ciała (blok L2-QD3)

## Zaburzenia związane z niepokojem cielesnym lub doznaniem cielesnym (blok L1-6C2):

**6C20** Zaburzenie związane z cierpieniem cielesnym  
**6C21** Dysforia związana z integralnością ciała

**6C2Y** Inne określone zaburzenie niepokoju cielesnego lub doświadczenia cielesnego

**6C2Z** Zaburzenie niepokoju cielesnego lub doświadczenia cielesnego, nieokreślone

### Przypadek 12.1: „Nie wierzę, że jestem zdrowa”

#### **6C20** Zaburzenie związane z cierpieniem cielesnym

Pacjentka, 21 lat, skierowana do szpitala przez lekarza psychiatrę z powodu utrzymującego się niepokoju, obniżonego nastroju oraz problemów ze snem, a także zaburzeń koncentracji uwagi i kłopotów z pamięcią wywołanych przewlekłym zamartwianiem się i koncentracją na doznaniach cielesnych w postaci bólów całego ciała, uczucia pulsowania, drżenia i drętwienia mięśni. Ponadto pacjentka zgłaszała przy przyjęciu uczucie ciężaru ciała, osłabienie fizyczne oraz niechęć do podjęcia jakiegokolwiek aktywności. Pacjentka nie była leczona z powodu przewlekłej choroby somatycznej. Zanim trafiła do psychiatry wielokrotnie była konsultowana przez lekarzy innych specjalności z powodu opisywanych objawów fizycznych. Nie znaleziono uchwytnych somatycznych przyczyn zgłaszanych przez pacjentkę dolegliwości. Pacjentka przed hospitalizacją była ambulatoryjnie leczona psychiatrycznie bez wyraźnej poprawy, zgłasza objawy cielesne jako

swoj główny problem. Do tej pory kilkakrotnie korzystała z opieki psychoterapeutycznej, również bez wyraźnej poprawy.

W okresie niemowlęcym i wczesnym dzieciństwie rozwijała się prawidłowo, poważnie nie chorowała. Wychowywana w rodzinie pełnej. Podaje, że matka zawsze była mocno skoncentrowana na zdrowiu.

W szkole uczyła się dobrze, dużo od siebie wymagała, ale była osobą trzymającą się na uboczu. Męczyła ją przebywanie wśród dużej liczby osób, nadmiar bodźców. Po szkole często czuła się zmęczona. Od kilku lat doświadcza symptomów fizycznych w postaci wyczerpania, znacznego spadku energii, bólów mięśniowych, które są bardziej nasilone w godzinach porannych. Objawy wtórnie wywołują u badanej smutek i nastawienie rezygnacyjne oraz wpływają na obniżenie samooceny. Pacjentka studiuje, twierdzi, że musi włożyć bardzo duży wysiłek w naukę, uważa, że uczy się dłużej niż jej rówieśnicy. Zaprzecza uzależnieniu od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Badanie psychologiczne pacjentki ujawniło cechy osobowości zależnej, unikającej i anankastycznej oraz osłabienie funkcjonowania zdolności poznawczych w zakresie koncentracji, pamięci operacyjnej, płynności słownej i szybkości wzrokowo-motorycznej, bez cech uszkodzenia OUN.

### Obserwacja z badania:

Pacjentka podczas zbierania wywiadu w obniżonym nastroju i w niepokoju, zamartwiająca się. Deklaruje utratę zdolności do przeżywania przyjemności z powodu trudności w odwróceniu uwagi od doznań cielesnych i ograniczeń, jakie są ich konsekwencją. Prezentuje postawę wycofania z kontaktów społecznych i silnej koncentracji na doznaniach cielesnych.

### Omówienie i analiza objawów psychopatologicznych:

Pacjentka jest **silnie skupiona na odczuwanych doznaniach cielesnych**, co u badanej jest również źródłem **niepokoju**. **Dolegliwości utrzymują się przewlekłe, są liczne, mało specyficzne**, nie są ograniczone do jednego narządu – bóle całego ciała, uczucie pulsowania, drżenia i drętwienia mięśni, uczucie osłabienia, zmęczenia. Badana w przeszłości była konsultowana przez lekarzy różnych specjalności, mimo

podjętych działań diagnostycznych nie postawiono rozpoznania jakiegokolwiek choroby somatycznej. Prawidłowe wyniki badań nie przyczyniły się do redukcji niepokoju i nadmiernej uwagi na doznaniach cielesnych. Wszystkie powyższe objawy **spowodowały pogorszenie w funkcjonowaniu pacjentki, w sferze społecznej oraz szkolnej**. Stała się osobą **mało aktywną, wycofaną z kontaktów interpersonalnych**.

### Stan psychiczny:

Pacjentka bez zaburzeń świadomości, prawidłowo zorientowana auto- oraz allopsychicznie. W obniżonym nastroju, spowolniała psychoruchowo. Kontakt słowno-logiczny zachowany. Widoczny niepokój. W wypowiedziach skupiona na samoobserwacji, odczuwanych doznaniach cielesnych. Bóle mięśniowe powodują problemy z zaśnięciem i wybudzanie w nocy. Pacjentka unika aktywności fizycznej, ponieważ ta nasila jej symptomy. W szpitalu większość czasu spędza w pokoju, leżąc w łóżku. Wychodzi na posiłki. Ze spacerów korzysta rzadko. Tłumaczy to złym samopoczuciem fizycznym. Przyznaje, że trudno jest jej zaakceptować gorszą kondycję psychofizyczną i brak skuteczności w działaniu, zwłaszcza w zakresie nauki na studiach. Bez cech czynnej psychozy. Zaprzecza obecności myśli i zamiarów suicydalnych.

### Diagnoza według ICD-11:

#### 6C20 Zaburzenie związane z cierpieniem cielesnym

*Zaburzenie związane z cierpieniem cielesnym charakteryzuje się obecnością objawów cielesnych, które są niepokojące dla jednostki, jak również nadmierną uwagą skierowaną na te objawy, co może przejawiać się w powtarzających się kontaktach z pracownikami służby zdrowia. Jeśli inny stan zdrowia powoduje lub przyczynia się do wystąpienia objawów, stopień uwagi jest wyraźnie nadmierny w stosunku do jego charakteru i zaawansowania. Nadmierna uwaga nie jest łagodzona przez odpowiednie badanie kliniczne i testy, jak również przez uzyskanie stosownych zapewnień. Objawy cielesne są uporczywe, obecne przez większość dni, przez co najmniej kilka miesięcy. Zazwyczaj zaburzenie związane z cierpieniem cielesnym obejmuje wiele objawów cielesnych, które mogą zmieniać się w czasie. Niekiedy występuje pojedynczy objaw (zwykle ból lub zmęczenie), który*



jest związany z innymi cechami zaburzenia. Objawy, związane z nimi niepokój i zaabsorbowanie mają przynajmniej pewien wpływ na funkcjonowanie jednostki (np. napięcie w związkach, mniej efektywne funkcjonowanie w szkole lub w pracy, rezygnacja z określonych form spędzania czasu wolnego).

#### Diagnoza różnicowa:

hipochondria, zaburzenia dysocjacyjne, zespół przewlekłego zmęczenia, łagodne myalgiczne zapalenie mózgu i rdzenia.

#### Badania dodatkowe:

badanie EEG,  
badanie psychologiczne.

#### Propozycja leczenia:

Podczas hospitalizacji wdrożono leczenie przeciwdepresyjne oraz przeciwłękowe, które przyniosło poprawę w zakresie nasilenia objawów, poprawiło to nastrój badanej i zmniejszyło niepokój, a także wpłynęło na zwiększenie motywacji do podejmowania przez nią aktywności.

# BADANIE STANU PSYCHICZNEGO

## Rozpoznania według ICD-11

Przygotowując podręcznik, który dziś Państwu przekazujemy, kierowaliśmy się głównie celem dydaktycznym – chcieliśmy dać młodym lekarzom i studentom podstawy wiedzy psychiatrycznej w odniesieniu do umiejętności badania stanu psychicznego. Zrozumienie, na czym polega badanie stanu psychicznego, oraz nauczenie się pojęć z zakresu psychopatologii są niezbędne, aby postawić prawidłową diagnozę i wdrożyć skuteczne leczenie. Lekceważąc ten początkowy element lub wykonując go niedokładnie, nieprawidłowo, ryzykujemy pominięcie istotnych danych diagnostycznych, postawienie niewłaściwej diagnozy lub wdrożenie nieskutecznego leczenia.

W trakcie prac opieraliśmy się na ICD-11 – najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia WHO. Dodatkowo, wspomagaliśmy się dostępną wersją *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego APA.

Przypadki zostały przygotowane przez lekarzy, którzy w codziennej praktyce zawodowej badają pacjentów – w szpitalnej izbie przyjęć, na oddziałach szpitalnych i w poradniach. Spotykają oni zarówno przypadki ostrych zaburzeń wymagających niezwłocznej, szybkiej diagnozy i postępowania, jak i takie, w których leczenie można wdrożyć dopiero po dłuższym badaniu, obserwacji pacjenta i rozważeniu różnych rozpoznań.

Z Przedmowy

\* \* \*

Badanie psychiatryczne jest kluczowym etapem w procesie diagnostycznym i terapeutycznym w pracy klinicznej z osobami z zaburzeniami psychicznymi i to od tego elementu w znaczącym stopniu zależy postawienie poprawnej diagnozy i wprowadzenie trafnego leczenia.

Zespół znakomych lekarzy psychiatrów i psychologów pod kierunkiem Profesora Piotra Galeckiego podjął się ambitnego zadania przedstawienia w obszernej monografii kluczowych aspektów psychopatologii oraz przebiegu badania psychiatrycznego, w tym oceny stanu psychicznego i stawiania rozpoznania w kontekście szerokiego zakresu zaburzeń psychicznych, pogrupowanych według najnowszej wersji klasyfikacji międzynarodowej ICD-11.

*Fragment recenzji prof. dr. hab. n. med. Marcina Wojnara*

\* \* \*

Publikacja dostarcza Czytelnikom praktycznych wskazówek odnośnie do diagnozowania, profilaktyki, a nawet leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi, co zobrazowane jest interesującymi rycinami oraz opisami przypadków.

*Fragment recenzji prof. dr. hab. n. med. Napoleona Waszkiewiczza*

